

日 薬 業 発 第 418 号
令 和 2 年 2 月 7 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日 本 薬 剤 師 会
会 長 山 本 信 夫

令和2年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和2年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る検討状況につきましては令和2年1月16日付け日薬業発第389号にてお知らせしたところですが、本日開催されました中央社会保険医療協議会において、加藤厚生労働大臣へ答申されましたのでお知らせいたします（別添1～2）。

官報告示並びに関係諸通知の発出につきましては3月上旬頃となる見込みであり、詳細が分かり次第ご連絡する予定です。

また、今回の答申を受けて本会としてのコメントを公表しました（別添3）。
つきましては、貴会会員にご周知下さいますようお願い申し上げます。

<別添>

1. 答申書等（抜粋）
 - ・ 答申書、附帯意見
 - ・ 別紙1－1～3（医科診療報酬点数表等、調剤報酬点数表）〈抄〉
 - ・ 別紙4、6（療養担当規則等）〈抄〉
2. 令和2年度診療報酬改定における個別項目〈抄〉
3. 令和2年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申を受けて

令和2年2月7日

厚生労働大臣

加藤 勝信 殿

中央社会保険医療協議会

会長 田辺 国昭

答 申 書

(令和2年度診療報酬改定について)

令和2年1月15日付け厚生労働省発保0115第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(別添)

答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

(働き方改革)

- 2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
- 4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC/PDPS)

- 5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

- 6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
- 8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
- 9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。

10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。

13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。

14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

(歯科診療報酬)

15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

(その他)

- 20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

〈抄〉

別紙 1 - 1 医科診療報酬点数表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章～第3章 (略) 第4章 経過措置 (削る) (削る) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 1・2 (略) 3 入院中の患者(第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。)に対する再診の費用(区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。)は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 (略) 注1 (略) 2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)及び地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をい</p>	<p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章～第3章 (略) 第4章 経過措置等 第1部 経過措置 第2部 算定制限 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 1・2 (略) 3 入院中の患者(第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。)に対する再診の費用(区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注16に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8、注9及び注11に規定する加算を除く。)は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 (略) 注1 (略) 2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)及び許可病床(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承</p>

菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所
 定点数に加算する。

A 2 3 4 - 3 ~ A 2 4 1 (略)

(削る)

(削る)

A 2 4 2 (略)

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

- | | | |
|---|---------------|------------|
| 1 | 後発医薬品使用体制加算 1 | <u>47点</u> |
| 2 | 後発医薬品使用体制加算 2 | <u>42点</u> |
| 3 | 後発医薬品使用体制加算 3 | <u>37点</u> |

(削る)

注 (略)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | | |
|---|-----------------------|-------------|
| 1 | 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | <u>120点</u> |
| 2 | 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) | <u>100点</u> |

注 (略)

A 2 4 5 データ提出加算

- | | | |
|---|--------------------|-------------|
| 1 | データ提出加算 1 (入院初日) | |
| イ | 許可病床数が200床以上の病院の場合 | <u>140点</u> |
| ロ | 許可病床数が200床未満の病院の場合 | <u>210点</u> |

は、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を
 更に所定点数に加算する。

A 2 3 4 - 3 ~ A 2 3 9 (略)

A 2 4 0 総合評価加算 (入院中 1 回) 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して
 いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医
 療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施
 行令第 2 条各号に規定する疾病を有する40歳以上
 65歳未満のもの又は65歳以上のもの (第 1 節の入
 院基本料 (特別入院基本料等を除く。) 又は第 3
 節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定でき
 るものを現に算定している患者に限る。) に対し
 て、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能
 、意欲等について総合的な評価を行った場合に、
 入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 削除

A 2 4 2 (略)

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

- | | | |
|---|---------------|------------|
| 1 | 後発医薬品使用体制加算 1 | <u>45点</u> |
| 2 | 後発医薬品使用体制加算 2 | <u>40点</u> |
| 3 | 後発医薬品使用体制加算 3 | <u>35点</u> |
| 4 | 後発医薬品使用体制加算 4 | <u>22点</u> |

注 (略)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | | |
|---|-----------------------|-------------|
| 1 | 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | <u>100点</u> |
| 2 | 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) | <u>80点</u> |

注 (略)

A 2 4 5 データ提出加算 (入院中 1 回)

- | | | |
|---|--------------------|-------------|
| 1 | データ提出加算 1 | |
| イ | 許可病床数が200床以上の病院の場合 | <u>150点</u> |
| ロ | 許可病床数が200床未満の病院の場合 | <u>200点</u> |

<p>注 1・2 (略)</p> <p><u>A 2 4 7 - 2</u> <u>せん妄ハイリスク患者ケア加算 (入院中 1 回)</u> <u>100点</u></p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第 1 節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第 3 節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、せん妄のリスクを確認し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>注 1・2 (略)</p> <p>(新設)</p>
<p>A 2 4 8 (略)</p> <p>A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算 (1 日につき)</p> <p>1 精神科急性期医師配置加算 1 <u>600点</u></p> <p>2 精神科急性期医師配置加算 2</p> <p>イ 精神病棟入院基本料等の場合 <u>500点</u></p> <p>ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 <u>500点</u></p> <p>3 精神科急性期医師配置加算 3 <u>450点</u></p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第 1 節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第 3 節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。</p>	<p>A 2 4 8 (略)</p> <p>A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算 (1 日につき) <u>500点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第 1 節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第 3 節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、所定点数に加算する。</p>
<p>A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) <u>100点</u></p> <p>注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算</p>	<p>A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) <u>250点</u></p> <p>注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する</p>

<p>する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p> <p>2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 注1のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>ロ 注1のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</p>	<p>。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</p> <p>(新設)</p>
<p><u>A 2 5 1 排尿自立支援加算（週1回）</u> 200点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、排尿自立支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として所定点数に加算する。</p> <p><u>A 2 5 2 地域医療体制確保加算（入院初日）</u> 520点</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

<p>規定にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p><u>4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)</u> (同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した月は、別に算定できない。</p>	
<p><u>B011-2～B013</u> (略)</p> <p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 <u>保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</u></p>	<p><u>B011～B013</u> (略)</p> <p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 (略)</p> <p>注 (略) (新設)</p>
<p><u>B015 精神科退院時共同指導料</u></p> <p>1 <u>精神科退院時共同指導料1 (外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合)</u></p> <p>イ <u>精神科退院時共同指導料(I)</u> 1,500点</p> <p>ロ <u>精神科退院時共同指導料(II)</u> 900点</p> <p>2 <u>精神科退院時共同指導料2 (入院医療を提供する保険医療機関の場合)</u> 700点</p> <p>注1 <u>1のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のもの(以下この区分番号において「措置入院者等」という。)に対して、</u></p>	<p>(新設)</p>

<p>機関等の看護師が共同して、褥瘡^{じよくそう}管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき<u>3</u>回に限り所定点数を算定する。</p> <p>2 (略)</p> <p>第2節 在宅療養指導管理料</p> <p>通則 (略)</p> <p>第1款 在宅療養指導管理料</p> <p>通則</p> <p>1～4 (略)</p> <p>区分</p> <p>C100 (略)</p>	<p>的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき<u>2</u>回に限り所定点数を算定する。</p> <p>2 (略)</p> <p>第2節 在宅療養指導管理料</p> <p>通則 (略)</p> <p>第1款 在宅療養指導管理料</p> <p>通則</p> <p>1～4 (略)</p> <p>区分</p> <p>C100 (略)</p>
<p>C101 在宅自己注射指導管理料</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注1～3 (略)</p> <p><u>4 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>C101 在宅自己注射指導管理料</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注1～3 (略)</p> <p>(新設)</p>
<p><u>5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>	<p>(新設)</p>

<p style="text-align: center;"><u>るものとする。</u></p> <p style="text-align: center;"><u>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u></p> <p>E 2 0 1 (略)</p> <p>E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) (一連につき)</p> <p style="padding-left: 2em;">1 ~ 3 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">注 1 ~ 8 (略)</p> <p style="text-align: center;"><u>9 MRI 撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身のMRI 撮影を行った場合は、全身MRI 撮影加算として、600点を所定点数に加算する。</u></p> <p>E 2 0 3 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">第 4 節・第 5 節 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">第 5 部 投薬</p> <p>通則</p> <p style="padding-left: 2em;">1 ~ 5 (略)</p> <p style="padding-left: 4em;">第 1 節 調剤料</p>	<p>E 2 0 1 (略)</p> <p>E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) (一連につき)</p> <p style="padding-left: 2em;">1 ~ 3 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">注 1 ~ 8 (略)</p> <p style="padding-left: 4em;">(新設)</p> <p>E 2 0 3 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">第 4 節・第 5 節 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">第 5 部 投薬</p> <p>通則</p> <p style="padding-left: 2em;">1 ~ 5 (略)</p> <p style="padding-left: 4em;">第 1 節 調剤料</p>
<p>区分</p> <p>F 0 0 0 調剤料</p> <p style="padding-left: 2em;">1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 4em;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬 (1 回の処方に係る調剤につき) <u>11 点</u></p> <p style="padding-left: 4em;">ロ 外用薬 (1 回の処方に係る調剤につき) <u>8 点</u></p> <p style="padding-left: 2em;">2 入院中の患者に対して投薬を行った場合 (1 日につき) <u>7 点</u></p>	<p>区分</p> <p>F 0 0 0 調剤料</p> <p style="padding-left: 2em;">1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 4em;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬 (1 回の処方に係る調剤につき) <u>9 点</u></p> <p style="padding-left: 4em;">ロ 外用薬 (1 回の処方に係る調剤につき) <u>6 点</u></p> <p style="padding-left: 2em;">2 入院中の患者に対して投薬を行った場合 (1 日につき) <u>7 点</u></p>

注 (略)
第2節～第4節 (略)
第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

8 (略)

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

1 (略)

2 その他の患者に投薬を行った場合 14点

注1～4 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる動脈注射、G 0 0 3に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 3-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G 0 0 4に掲げる点滴注射、G 0 0 5に掲げる中心静脈注射又はG 0 0 6に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の

注 (略)
第2節～第4節 (略)
第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1～6 (略)

7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 6点

ロ 一般名処方加算2 4点

8 (略)

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

1 (略)

2 その他の患者に投薬を行った場合 8点

注1～4 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる動脈注射、G 0 0 3に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 3-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G 0 0 4に掲げる点滴注射、G 0 0 5に掲げる中心静脈注射又はG 0 0 6に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の

患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの(1)に規定する外来化学療法加算(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用

患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(新設)

7 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用

は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なもの
の費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似
する注射の各区分の所定点数により算定する。

9 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～G003-3 (略)

G004 点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射
量が100mL以上の場合) 99点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の
注射量が500mL以上の場合) 98点

3 (略)

注1～4 (略)

G005～G017 (略)

G018 外眼筋注射(ボツリヌス毒素によるもの) 1,500点

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

1～7 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 (略)

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規
定する別に厚生労働大臣が定める患者であって

は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。

8 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～G003-3 (略)

G004 点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射
量が100mL以上の場合) 98点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の
注射量が500mL以上の場合) 97点

3 (略)

注1～4 (略)

G005～G017 (略)

(新設)

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

1～7 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 (略)

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規
定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して

改 正 後	改 正 前
<p>別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略) 通則 1～3 (略) 第1節 調剤技術料 区分 00 調剤基本料 (処方箋の受付1回につき) 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ 同一グループの保険薬局 (財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。) による処方箋受付回数 <u>3万5千回</u> を超え40万回以下の場合 (略) ロ (略) 注1 (略) 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき <u>9点</u> を算定する。 <u>3 複数の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、当該処方箋のうち、受付が2回目以降の調剤基本料は、処方箋の受付1回につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u></p>	<p>別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略) 通則 1～3 (略) 第1節 調剤技術料 区分 00 調剤基本料 (処方箋の受付1回につき) 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ 同一グループの保険薬局 (財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。) による処方箋受付回数 <u>4万回</u> を超え40万回以下の場合 (略) ロ (略) 注1 (略) 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき <u>11点</u> を算定する。 (新設)</p>

4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。

6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 後発医薬品調剤体制加算 1	<u>15点</u>
ロ 後発医薬品調剤体制加算 2	(略)
ハ 後発医薬品調剤体制加算 3	<u>28点</u>

7～9 (略)

10 医師の分割指示に係る処方箋受付（注8及び注9に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料（区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に35点を加算する。

5 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 後発医薬品調剤体制加算 1	<u>18点</u>
ロ 後発医薬品調剤体制加算 2	(略)
ハ 後発医薬品調剤体制加算 3	<u>26点</u>

6～8 (略)

9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

0 1 調剤料

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））
- イ 7日分以下の場合 28点
- ロ 8日分以上14日分以下の場合 55点
- ハ 15日分以上21日分以下の場合 64点
- ニ 22日分以上30日分以下の場合 77点
- ホ 31日分以上の場合 (略)
- 注1～3 (略)
- 2～6 (略)
- 第2節 薬学管理料

区分

1 0 薬剤服用歴管理指導料

- 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 43点
- 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点
- 3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点
- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。

0 1 調剤料

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））
- イ 14日分以下の場合
- (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
- (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
- ロ 15日分以上21日分以下の場合 67点
- ハ 22日分以上30日分以下の場合 78点
- ニ 31日分以上の場合 (略)
- 注1～3 (略)
- 2～6 (略)
- 第2節 薬学管理料

区分

1 0 薬剤服用歴管理指導料

- 1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点
- 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点
- 3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 41点
- (新設)

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。

イ～ホ (略)

2 (略)

3 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。

4・5 (略)

6 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理

イ～ホ (略)

2 (略)

(新設)

3・4 (略)

5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算として、10点を所定点数に加算する。

(新設)

指導加算 2 として、月 1 回に限り 100 点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 1 5 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

8 (略)

9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3 月に 1 回に限り 30 点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 1 5 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

10 区分番号 0 0 に掲げる調剤基本料の注 5 に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤を使用している糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月 1 回に限り 30 点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 1 5 の 5

6 (略)

(新設)

(新設)

に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

11・12 (略)

13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1、注2又は注3に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1、注2及び注3の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。

11～13 (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76点

注1～3 (略)

4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号

7・8 (略)

9 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1又は注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注3から注6までに規定する加算は算定できない。

11～13 (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 73点

注1～3 (略)

4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算として、10点を所定点数に加算する。

(新設)

15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

6・7 (略)

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

2 (略)

14・14の2 (略)

5・6 (略)

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 281点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

2 (略)

14・14の2 (略)

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1 服用薬剤調整支援料 1 125点

2 服用薬剤調整支援料 2 100点

注 1 1 については、6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

2 2については、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注 1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として57点を算定する。この場合において、保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。

3～6 (略)

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

125点

(新設)

(新設)

注 6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

(新設)

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注 1 (略)

(新設)

2～5 (略)

<p>15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p> <p><u>1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合</u> 500点</p> <p><u>2 1以外の場合</u> 200点</p> <p>注1 <u>1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</u></p> <p>2～5 (略)</p> <p>15の3～15の6 (略)</p> <p><u>15の7 経管投薬支援料</u> 100点</p> <p>注 <u>胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。</u></p> <p>16～19 (略)</p> <p>第3節～第5節 (略)</p>	<p>15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。</p> <p>2～5 (略)</p> <p>15の3～15の6 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>16～19 (略)</p> <p>第3節～第5節 (略)</p>
--	---

<抄>

別紙 4

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【令和二年四月一日施行】

改正後	改正前
<p>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。</p> <p>（一部負担金等の受領）</p> <p>第五条 （略）</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>（入院）</p>	<p>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方せんのの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんのの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。</p> <p>（一部負担金等の受領）</p> <p>第五条 （略）</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>（入院）</p>

<p>第二十一条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、病院にあつては、<u>医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。</u>ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p>	<p>第二十一条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、病院にあつては、<u>医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。</u>ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p> <p>(特定の保険薬局への誘導の禁止)</p> <p>第十九条の三 保険医は、<u>処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</u></p> <p>2 保険医は、<u>処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。</u></p> <p>(診療の具体的方針)</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 <u>処方箋の交付</u></p> <p>イ <u>処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。</u>ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。</p> <p>ロ 前イによるほか、<u>処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</u></p> <p>四・七 (略)</p>	<p>(歯科診療の具体的方針)</p> <p>第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二</p>
<p>第二十一条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、病院にあつては、<u>許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。</u>ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p>	<p>第二十一条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、病院にあつては、<u>許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。</u>ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p> <p>(特定の保険薬局への誘導の禁止)</p> <p>第十九条の三 保険医は、<u>処方せん</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医は、<u>処方せん</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。</p> <p>(診療の具体的方針)</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 <u>処方せん</u>の交付</p> <p>イ <u>処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。</u>ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。</p> <p>ロ 前イによるほか、<u>処方せん</u>の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p> <p>四・七 (略)</p>	<p>(歯科診療の具体的方針)</p> <p>第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二</p>

<p>条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。</p> <p>ロ 前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>	<p>四・五 (略)</p> <p>六 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (1) ブリッジ (略)</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。</p> <p>(3) (略)</p> <p>七・九 (略)</p>
<p>条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 処方せん^{せんの}の交付</p> <p>イ 処方せん^{せんの}の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。</p> <p>ロ 前イによるほか、処方せん^{せんの}の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>	<p>四・五 (略)</p> <p>六 歯冠修復及び欠損補綴^{てつ}は、次に掲げる基準によつて行う。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 欠損補綴^{てつ}</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (1) ブリッジ (略)</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。</p> <p>(3) (略)</p> <p>七・九 (略)</p>

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号				保 険 者 番 号			
公費負担医療 の受給者番号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	.	(枝番)	

患 者	氏 名							保険医療機関の 所在地及び名称
	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	男・女				電 話 番 号
	区 分	被保険者	被扶養者					保 険 医 氏 名 (印)
				都道府県番号	点数表 番号	医療機関 コード		

交付年月日	令和 年 月 日	処 方 箋 の 使 用 期 間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	--------------------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
--------	------	--

備 考	保険医署名 （「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号			
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の 受 給 者 番 号			

- 備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 分割の__回目

公費負担者番号					保 険 者 番 号					
公費負担医療 の受給者番号					被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	(枝番)				

患 者	氏 名					保険医療機関の 所在地及び名称					
	生年月日	明大昭平令	年 月 日	男・女	電 話 番 号						
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 (印)						
		都道府県番号		点数表 番号	医療機関 コード						

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	--------------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
--------	------	--

備 考	保険医署名 （「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号						
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の 受給者番号						

- 備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____

FAX番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

改正後	改正前
<p>（処方箋の確認）</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。</p> <p>（処方箋等の保存）</p> <p>第六条 保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する処方箋及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。</p> <p>（調剤の一般的方針）</p> <p>第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、保険医等の交付した処方箋に基いて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めて</p>	<p>（処方せんの確認）</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方せんが健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方せんであること及びその処方せん又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。</p> <p>（処方せん等の保存）</p> <p>第六条 保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する処方せん及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。</p> <p>（調剤の一般的方針）</p> <p>第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、保険医等の交付した処方せんに基いて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認</p>

いるときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

められているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）
 【医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日施行】

改正後	改正前
<p>（処方箋の確認）</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋、法第三条第十三項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。</p>	<p>（処方箋の確認）</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。</p>

<抄>

別紙6

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【令和二年四月一日施行】

改正後	改正前
<p>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する医師又は歯科医師（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことへの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。</p> <p>（一部負担金の受領等）</p> <p>第五条 （略）</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第二項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p>	<p>（特定の保険薬局への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する医師又は歯科医師（以下「保険医」という。）の行う処方せんのの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんのの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことへの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。</p> <p>（一部負担金の受領等）</p> <p>第五条 （略）</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第二項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p>
<p>4 （略）</p>	<p>4 （略）</p>

<p>(入院) 第十一条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p> <p>3 (略)</p>	<p>(特定の保険薬局への誘導の禁止) 第十九条の三 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。</p> <p>(診療の具体的方針) 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 三 (略)</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。</p> <p>ロ 施設入所者に対しては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬</p>
<p>(入院) 第十一条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</p> <p>3 (略)</p>	<p>(特定の保険薬局への誘導の禁止) 第十九条の三 保険医は、処方せん^イの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医は、処方せん^イの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。</p> <p>(診療の具体的方針) 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 三 (略)</p> <p>四 処方せん^イの交付</p> <p>イ 処方せん^イの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。</p> <p>ロ 施設入所者に対しては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬</p>

<p>八・九 (略)</p> <p>(3) (略)</p> <p>八・九 (略)</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2)ブリッジ</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二)ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限って使用する。</p>	<p>局（以下「保険薬局」という。）における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方箋を交付してはならない。</p> <p>ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p> <p>五〇八 (略)</p> <p>（歯科診療の具体的方針）</p> <p>第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一〇三 (略)</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。</p> <p>ロ イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>
<p>八・九 (略)</p> <p>(3) (略)</p> <p>八・九 (略)</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2)ブリッジ</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二)ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限って使用する。</p>	<p>局（以下「保険薬局」という。）における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方せんを交付してはならない。</p> <p>ハ イ及びロによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p> <p>五〇八 (略)</p> <p>（歯科診療の具体的方針）</p> <p>第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一〇三 (略)</p> <p>四 処方せんの交付</p> <p>イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。</p> <p>ロ イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>

(処方箋の交付)

- 第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。
- 2 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(処方箋の確認)

- 第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。

(処方箋等の保存)

- 第二十八条 保険薬局は、患者に対する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関する処方箋及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。

(調剤の一般的方針)

- 第三十条 保険医療機関又は保険薬局において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、後期高齢者の心身の特性を踏まえて、保険医が交付した処方箋に基づき、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

2 (略)

- 3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医

(処方せんの交付)

- 第二十三条 保険医は、処方せんに交付する場合には、健康保険の例により、処方せんに必要な事項を記載しなければならない。
- 2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(処方せんの確認)

- 第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方せんが保険医が交付した処方せんであること及びその処方せん又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。

(処方せん等の保存)

- 第二十八条 保険薬局は、患者に対する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関する処方せん及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。

(調剤の一般的方針)

- 第三十条 保険医療機関又は保険薬局において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、後期高齢者の心身の特性を踏まえて、保険医が交付した処方せんに基づき、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

2 (略)

- 3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後

薬品を調剤するよう努めなければならない。

発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）
 【医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日施行】

改正後	改正前
<p>（受給資格の確認）</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならぬ。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて療養の給付を受ける資格があることが明らかであるものについては、この限りでない。</p> <p>一 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認</p> <p>二 患者の提出する被保険者証</p> <p>2 （略）</p> <p>（被保険者証の返還）</p> <p>第四条 保険医療機関は、第三条第一項第二号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対して行った療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。</p>	<p>（受給資格の確認）</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提示する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならぬ。ただし、緊急やむを得ない事由によつて被保険者証を提示することができない患者であつて療養の給付を受ける資格があることが明らかであるものについては、この限りでない。</p> <p>2 （略）</p> <p>（被保険者証の返還）</p> <p>第四条 保険医療機関は、患者に対して行った療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。</p>
<p>（処方箋の確認）</p> <p>第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認又は患者の</p>	<p>（処方箋の確認）</p> <p>第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確</p>

提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。

かめなければならない。

個別改定項目について

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

I-1	地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価	11
①	地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設	11
②	救急医療体制の充実	14
I-2	医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価	16
①	医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和	16
②	医療従事者の勤務環境改善の取組の推進	21
③	病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し	24
④	薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和	26
⑤	夜間看護体制の見直し	28
⑥	特定集中治療室管理料の見直し	30
⑦	心停止後臓器提供に係る評価の見直し	31
⑧	脳死臓器提供管理料の見直し	33
⑨	入退院支援に係る人員配置の見直し	34
⑩	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減	36
⑪	医療機関における業務の効率化・合理化	37
I-3	タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進	38
①	医師事務作業補助体制加算の評価の充実	38
②	麻酔科領域における医師の働き方改革の推進	41
③	看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進	43
④	栄養サポートチーム加算の見直し	46
I-4	業務の効率化に資するICTの利活用の推進	48
①	医療機関における業務の効率化・合理化	48
②	情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進	52
③	外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し	55

II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

II-1	かかりつけ機能の評価	56
①	地域包括診療加算の見直し	56
②	小児かかりつけ診療料の見直し	58
③	外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価	60
④	かかりつけ薬剤師指導料等の評価	61
⑤	同一薬局の利用推進	63
II-2	患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進	64
①	機能強化加算の見直し	64
②	診療情報の提供に対する評価の新設	66
③	医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携	68
④	明細書発行の推進	70
II-3	地域との連携を含む多職種連携の取組の強化	72
①	質の高い外来がん化学療法の評価	72
②	外来化学療法での栄養管理の評価	73
③	精神病棟における退院時共同指導の評価	74
④	精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価	78
⑤	腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し	81
⑥	栄養サポートチーム加算の見直し	83
⑦	多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価	84
⑧	個別栄養食事管理加算の見直し	88
⑨	周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し	89
II-4	重症化予防の取組の推進	90
①	生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し	90
②	移植を含めた腎代替療法情報提供の評価	91
③	分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進	95
④	歯科疾患管理料の見直し	97
⑤	歯周病重症化予防の推進	98
⑥	健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴う見直し	99
II-5	治療と仕事の両立に資する取組の推進	101
①	治療と仕事の両立に向けた支援の充実	101

Ⅱ－６	アウトカムにも着目した評価の推進	106
①	回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し	106
②	データ提出加算の見直し	107
Ⅱ－７－１	緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価	114
①	がん拠点病院加算の見直し	114
②	遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し	117
③	緩和ケア病棟入院料の見直し	120
④	質の高い外来がん化学療法の評価	122
⑤	外来化学療法での栄養管理の評価	124
⑥	がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価	126
⑦	遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価	128
⑧	介護老人保健施設におけるがん診療の充実	135
Ⅱ－７－２	認知症患者に対する適切な医療の評価	136
①	認知症ケア加算の見直し	136
Ⅱ－７－３	地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価	141
①	精神病棟における退院時共同指導の評価	141
②	精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価	142
③	精神科在宅患者に対する適切な支援の評価	143
④	地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し	150
⑤	精神科急性期医師配置加算の見直し	153
⑥	精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤の取り扱い の見直し	159
⑦	精神科急性期病棟におけるクロザピンの普及推進	162
⑧	精神科救急入院料の見直し	165
⑨	精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実	167
⑩	ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し	168
⑪	児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実	170
⑫	クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA _{1c} の測定に係 る要件の見直し	172
⑬	精神科身体合併症管理加算の見直し	173

⑭	精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進	175
⑮	ギャンブル依存症に対する治療の評価	177
II-7-4	難病患者に対する適切な医療の評価	181
①	難病患者に対する適切な医療の評価	181
II-7-5	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	185
①	小児かかりつけ診療料の見直し	185
②	小児科外来診療料の見直し	186
③	小児運動器疾患指導管理料の見直し	188
④	小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し	190
⑤	児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実	192
⑥	精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実	193
⑦	ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し	194
⑧	妊婦加算の扱い	195
⑨	地域の救急医療体制における重要な役割を担う医療機関に対する評価	197
⑩	救急医療管理加算の見直し	198
⑪	救急医療体制の充実	200
⑫	超急性期脳卒中加算の見直し	201
II-7-6	感染症対策、薬剤耐性対策の推進	204
①	抗菌薬適正使用支援加算の見直し	204
②	小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し	206
③	歯科外来診療における院内感染防止対策の推進	207
④	中心静脈栄養の適切な管理の推進	208
II-7-7	患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価	211
①	回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し	211
②	疾患別リハビリテーション料の見直し	212
③	呼吸器リハビリテーション料の見直し	216
④	難病患者リハビリテーション料の見直し	218
⑤	外来リハビリテーション診療料の見直し	220
⑥	疾患別リハビリテーションの取扱について	221

⑦	脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し	223
⑧	がん患者リハビリテーション料の見直し	225
⑨	リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し ..	227
⑩	多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価	229
II-8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入		
	① 小児の在宅呼吸管理における材料の評価	230
	② 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し	231
	③ トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の見直し	233
	④ 冠動脈CT撮影の算定要件の新設	234
	⑤ 安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し.....	236
	⑥ 人工内耳機器調整に対する評価	238
	⑦ 認知機能検査等の算定要件の新設	240
	⑧ 質の高い臨床検査の適切な評価	242
	⑨ 手術等医療技術の適切な評価	245
	⑩ 注射の準用に係る規定の創設	249
II-9 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進		
	① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進	250
	② 歯科疾患管理料の見直し	251
	③ 歯周病重症化予防の推進	252
	④ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進	253
	⑤ 非経口摂取患者に対する口腔管理の推進	256
	⑥ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し	257
	⑦ 静脈内鎮静法の評価の見直し	258
	⑧ 歯科麻酔管理料の新設	259
	⑨ 機械的歯面清掃処置の充実	261
	⑩ CAD/CAM冠の対象拡大	263
	⑪ 手術用顕微鏡を用いた治療の評価	264
	⑫ 歯科診療における麻酔の算定に係る評価の見直し	266
	⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し等	267

II-10	薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価	269
①	地域医療に貢献する薬局の評価	269
②	薬局における対人業務の評価の充実	272
③	調剤基本料の見直し	277
④	病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し	281
⑤	薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和	282
⑥	入院時のポリファーマシー解消の推進	283
II-11	医療におけるICTの利活用	284
①	情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し	284
②	情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用	290
③	かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価	295
④	情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価	296
⑤	情報通信機器を用いた服薬指導の評価	298
⑥	情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進	302
⑦	外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し	303
⑧	ニコチン依存症管理料の見直し	304

III 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

III-1	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	307
①	地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設	307
②	総合入院体制加算の見直し	308
③	重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し	310
④	重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し	312
⑤	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減	315
⑥	せん妄予防の取組の評価	318
⑦	特定集中治療室管理料の見直し	319
⑧	特定集中治療室での栄養管理の評価	320
⑨	地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し	322
⑩	地域包括ケア病棟の施設基準の見直し	325

⑪	地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し	329
⑫	地域包括ケア病棟の届出に関する見直し	330
⑬	回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し	332
⑭	療養病棟入院基本料の評価の見直し	338
⑮	中心静脈栄養の適切な管理の推進	340
⑯	特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し	341
⑰	結核病棟のユニットに係る見直し	342
⑱	緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し	344
⑲	排尿自立指導料の見直し	348
⑳	短期滞在手術等基本料の見直し	353
㉑	データ提出加算の見直し	357
㉒	DPC/PDPSの見直し	358
㉓	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並び に地域加算の見直し	370
Ⅲ－２ 外来医療の機能分化		375
①	外来医療の機能分化の推進	375
②	質の高い外来がん化学療法の評価	377
③	外来化学療法での栄養管理の評価	378
④	がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価	379
⑤	生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し	380
⑥	婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価	381
⑦	外来緩和ケア管理料の見直し	383
Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保		387
①	複数の医療機関による訪問診療の明確化	387
②	在宅療養支援病院における診療体制の整備	389
③	小児の在宅人工呼吸管理における材料の評価	391
④	在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し	392
⑤	機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し	393
⑥	医療機関における質の高い訪問看護の評価	395
⑦	小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化	397
⑧	専門性の高い看護師による同行訪問の充実	399
⑨	訪問看護における特定保険医療材料の見直し	401

⑩	精神障害を有する者への訪問看護の見直し	402
⑪	医療資源の少ない地域における訪問看護の充実	404
⑫	同一建物居住者に対する複数回の訪問看護の見直し	405
⑬	同一建物居住者に対する複数名による訪問看護の見直し	407
⑭	理学療法士等による訪問看護の見直し	410
⑮	小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し	412
⑯	患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価	414
⑰	在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し	415
⑱	栄養サポートチーム等連携加算の見直し	417
Ⅲ－４	地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価	418
①	入退院支援に係る人員配置の見直し	418
②	入院時支援加算の見直し	419
③	入退院支援における総合的な機能評価の評価	421
④	有床診療所入院基本料等の見直し	425
⑤	小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し	427
⑥	診療情報の提供に対する評価の新設	428
⑦	栄養情報の提供に対する評価の新設	429
⑧	栄養食事指導の見直し	430
⑨	周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進	433
⑩	周術期等専門的口腔衛生処置の見直し	434
Ⅲ－５	医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進	435
①	情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進	435
②	電話等による再診時の診療情報提供の評価	436
③	周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進	438
Ⅳ	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	
Ⅳ－１	後発医薬品やバイオ後続品の使用促進	439
①	薬局における後発医薬品の使用促進	439
②	医療機関における後発医薬品の使用促進	441
③	バイオ後続品に係る情報提供の評価	443

IV-2	費用対効果評価制度の活用	444
①	費用対効果評価制度の活用	444
IV-3	市場実勢価格を踏まえた適正な評価等	
IV-4	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）	445
①	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	445
IV-5	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）	446
①	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進	446
IV-6	医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進	447
①	外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価	447
②	入院時のポリファーマシー解消の推進	448
③	調剤料等の見直し	450
④	薬局における後発医薬品の使用促進	451
⑤	医療機関における後発医薬品の使用促進	452
⑥	バイオ後続品に係る情報提供の評価	453
IV-7	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	454
①	高度な医療機器の効率的な利用の推進	454
②	小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し	456
③	超音波検査（胸腹部）の評価の見直し	458
④	超音波検査の評価（要件）の見直し	459
⑤	超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し	460
⑥	訪問診療時の超音波検査の新設	461
⑦	悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価	462
⑧	局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し	468
⑨	網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止	469
⑩	人工腎臓の評価の見直し	470
⑪	バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化	474
⑫	持続緩徐式血液濾過の評価の見直し	476
⑬	吸着式血液浄化法の評価の見直し	477

⑭	下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化	478
⑮	膝全摘後の患者に対する血糖管理の充実	479
⑯	実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価	480
⑰	義肢装具の提供に係る評価の見直し	481
⑱	市場が拡大した場合の評価の見直し	482

③ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第1 基本的な考え方

薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。

第2 具体的な内容

1. 病棟薬剤業務実施加算1及び2について、評価を充実する。

現 行	改定案
【病棟薬剤業務実施加算】	【病棟薬剤業務実施加算】
1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 100点	1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 120点
2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 80点	2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 100点

2. ハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室内における薬剤師の配置を、病棟薬剤業務実施加算2において評価する。

現 行	改定案
【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 □ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サ	【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 □ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サ

<p>ポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p>	<p>ポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算2</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p>
---	--

④ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

常勤薬剤師の複数配置を求めている要件について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする（ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要）。

現 行	改定案
<p>【病棟薬剤業務実施加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。</p> <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。</u></p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。<u>なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の薬剤師を2人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち1名までに限る。</u></p> <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。</u></p>

	※ <u>薬剤管理指導料についても同</u> <u>様。</u>
--	-------------------------------------

③ 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。

(新) 服用薬剤調整支援料2 100点 (3月に1回まで)

[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者若しくはその家族等の求めに応じて、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行った結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、当該重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等に係る提案を行ったときは、3月に1回に限り所定点数を算定する。

④ かかりつけ薬剤師指導料等の評価

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への転換を進める観点から、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者のプライバシーに配慮することなどの要件を見直すとともに評価を見直す。

第2 具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、以下の見直しを行う。

1. 患者のプライバシーに配慮することを要件として追加する。
2. 対物業務から対人業務への転換を進める観点から評価を見直す。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料】 73点	【かかりつけ薬剤師指導料】 76点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 281点	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 291点
[施設基準] <u>(新設)</u>	[施設基準] <u>患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。</u>

3. 医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
※ かかりつけ薬剤師指導料が要件を引用する薬剤服用歴管理指導料の算定要件として追加。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】	【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】

<p>[算定要件]</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。<u>患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</u>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>
--	---

⑤ 同一薬局の利用推進

第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者が同一の薬局を繰り返し利用することにより、処方薬の一元的・継続的な把握や重複投薬の解消をさらに進める観点から、薬剤服用歴管理指導料及び調剤基本料の見直しを行う。

第2 具体的な内容

患者が同一の薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。
2. 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
「Ⅱ－10－③」を参照のこと。
3. 薬剤服用歴管理指導料について、医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

⑦ 多職種チームによる

摂食嚥下リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について、多職種チームによる介入を評価できるよう、要件及び評価を見直すとともに名称の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【<u>経口摂取回復促進加算（摂食機能療法）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>経口摂取回復促進加算1</u> 185点</p> <p>ロ <u>経口摂取回復促進加算2</u> 20点</p> <p>(6) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）</u></p>	<p>【<u>摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>当該保険医療機関の医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(6) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を</u></p>

局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者（経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。）又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。

(7) (略)
(新設)

行った保険医療機関において、摂食機能療法を算定する患者であって、摂食嚥下に係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の介入によって摂食嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

(削除)

(7) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、ア～ウの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいてリハビリテーション実施計画書を作成し、又はすでに摂食機能療法に係る計画書が作成されている場合には当該チームにより見直しを行い、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

イ 当該患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、リハビリテーション計画等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行う。当該カンファレンスには、摂食嚥下支援チームの構成員のうち、医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士が参加していること。

ウ カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）、摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、必要に

<p>(8) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2</u>を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況<u>を確認し、診療録に記載すること。</u></p> <p>(10) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2</u>を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関内に摂食機能療法を担当する専従の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。</u></p> <p>(2) <u>摂食機能療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(3) <u>摂食機能に係る療養について相当の実績を有していること。</u></p> <p><u>1 経口摂取回復促進加算1に関する施設基準</u> (略)</p> <p><u>2 経口摂取回復促進加算2に関する施設基準</u></p>	<p><u>応じて患者又はその家族等への指導管理を行う。</u></p> <p>(8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況、<u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p>(10) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(削除)</p> <p>(1) <u>摂食嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局長等に報告していること。</u></p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>
---	---

<p>(略)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される摂食嚥下機能の回復の支援に係るチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、力については、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限りに必要に応じて参加していること。</u></p> <p><u>ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師</u></p> <p><u>イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</u></p> <p><u>ウ 専任の常勤言語聴覚士</u></p> <p><u>エ 専任の常勤薬剤師</u></p> <p><u>オ 専任の常勤管理栄養士</u></p> <p><u>カ 専任の歯科衛生士</u></p> <p><u>キ 専任の理学療法士又は作業療法士</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師、常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(3) 摂食嚥下支援加算を算定した患者について、入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について、別添●の様式●の●を用いて、地方厚生局長等に報告していること。</u></p>

④ 質の高い外来がん化学療法の評価

第1 基本的な考え方

医療機関と薬局との連携強化やきめ細かな栄養管理を通じてがん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法加算の評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来での抗がん剤治療の質を向上させる観点から、患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

(新) 連携充実加算 150点（月1回）

[対象患者]

外来化学療法加算1のAを算定する患者

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的及び治療の進捗等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、150点を月1回に限り所定点数に加算する。
- (2) その他以下の要件を満たすこと。
 - ・ 治療の状況等を共有することを目的に、提供した治療の目的及び治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局に提示するよう患者に指導を行うこと。
 - ・ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報が報告された場合には、必要な分析・評価等を行うこと。
 - ・ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。
 - ・ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 外来化学療法加算1に規定するレジメン（治療内容）に係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、以下に掲げる体制が整備されていること。
 - ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）を当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
 - イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を少なくとも年1回実施すること。
 - ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からの患者のレジメン（治療内容）や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。
- (4) 栄養指導の体制として、外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

[経過措置]

令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間、上記（3）イの基準を満たしているものとする。

⑥ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

第1 基本的な考え方

がん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、薬局が患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。

（新） 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2

100点（月1回まで）

[対象患者]

保険医療機関（連携充実加算を届出ている場合に限る）において、抗悪性腫瘍剤が注射されている悪性腫瘍の患者であって、化学療法のレジメン（治療内容）等について、文書により交付されているもの。

[算定要件]

- （1）保険医療機関で、抗悪性腫瘍剤を注射された患者について、当該患者の治療内容等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合であって、当該患者の同意を得た上で、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、当該保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。
- （2）当該加算における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

[施設基準]

特定薬剤管理指導加算2に規定する施設基準

- (1) 保険薬剤師としての勤務経験を5年以上有する薬剤師が勤務していること。
- (2) 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されていること。
- (4) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する薬剤師の少なくとも1名が年1回以上参加していること。

[経過措置]

令和2年9月30日までの間は、上記（4）の規定の基準を満たしているものとする。

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー①】

① 地域医療に貢献する薬局の評価

第1 基本的な考え方

薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 地域支援体制加算の実績要件について、以下のとおり見直す。

現 行	改定案
<p>[施設基準] <u>(1) 地域医療に貢献する体制を有し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料1を算定している保険薬局にあっては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。</u></p> <p>イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を</p>	<p>[施設基準] <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u> (1) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>調剤基本料1を算定する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る体制及び十分な実績を有していること。</u> (2) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>調剤基本料1以外を算定する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。</u></p> <p>(調剤基本料1を算定する保険薬局) <u>調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の5つの要件のうち4つ以上を満たすこと（ただし、①～③は必須とする。）。</u> ① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を</p>

<p>受けていること。</p> <p><u>ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。</u></p> <p><u>ハ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。</u> (新設)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(調剤基本料 1 以外を算定する薬局) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近 1 年間に、以下の①から⑧までの<u>全ての実績を有すること。</u></p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上 ② <u>麻薬指導管理加算の実績</u> 10回以上 ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上 ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上 ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上 ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上 ⑦ 単一建物診療患者が 1 人の場合</p>	<p>受けていること。</p> <p>② <u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 12回以上</u> (在宅協力薬局(現「サポート薬局」)として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))</p> <p>③ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。</p> <p>④ <u>患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績 12回以上</u> (服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</p> <p>⑤ <u>薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に 1 回以上出席</u></p> <p>(調剤基本料 1 以外を算定する薬局) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、以下の①から⑨までの<u>9つの要件のうち 8つ以上を満たすこと。</u>この場合において、①から⑧までは常勤薬剤師一人当たりの直近 1 年間の実績、⑨は薬局当たりの直近の 1 年間の実績とする。</p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上 ② <u>調剤料の麻薬加算算定回数</u> 10回以上 ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上 ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上 ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上 ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上 ⑦ 単一建物診療患者が 1 人の場合</p>
--	--

<p>の在宅薬剤管理の実績 12回以上</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上</p> <p>(新設)</p>	<p>の在宅薬剤管理の実績 12回以上 (在宅協力薬局(現「サポート薬局」)として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上 (服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</p> <p>⑨ 薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席</p>
--	---

[経過措置]

調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用することとし、令和3年3月31日までの間はなお従前の例による。

2. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【地域支援体制加算】</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に<u>35点</u>を加算する。</p>	<p>【地域支援体制加算】</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に<u>38点</u>を加算する。</p>

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー②】

② 薬局における対人業務の評価の充実

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係る薬学管理料の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。
「Ⅱ－1－③」を参照のこと。
2. 患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。
「Ⅱ－7－1－⑥」を参照のこと。
3. 服薬情報等提供料について、医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注8及び注9に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この</p>

表において「処方医」という。) に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

【服薬情報等提供料】

[算定要件]

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合

表において「処方医」という。) に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料(「区分番号15の5」に掲げる服薬情報等提供料を除く。)は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

【服薬情報等提供料】

[算定要件]

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合

この場合において、残薬の有無、残薬が生じている場合はその量及び理由、副作用の有無、副作用が生じている場合はその原因の可能性のある薬剤の推定及びその他処方医に伝達すべき事項を情報提供するものとする

4. 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算 30点

[算定要件]

喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって吸入薬の投薬が行われているものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合に、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。

5. 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援を行った場合について新たな評価を行う。

(新) 経管投薬支援料 100点

[算定要件]

胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に初回に限り算定する。

6. 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合について新たな評価を行う。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算 30点

[算定要件]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局において、インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「糖尿病治療薬」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たに糖尿病治療薬が処方されたもの又は糖尿病治療薬に係る投薬内容の変更が行われたものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、1月に1回に限り30点を所定点数に加算する。

7. 薬剤服用歴管理指導料について、同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造的な転換の観点から、以下の見直しを行う。

(1) 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来

局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大する。

- (2) 医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
- (3) 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。
- (4) 同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則<u>6月</u>以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点</p> <p>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 41点</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、<u>53点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則<u>3月</u>以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 43点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点</p> <p>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、<u>57点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると</p>

<p>判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p> <p>(新設)</p>	<p>判断される場合には、<u>患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</u>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p> <p>(13) <u>保険薬局や保険医療機関等</u>の間で円滑に連携が行えるよう、<u>患者が日常的に利用する薬局があれば、その名称を手帳に記載するよう患者に促すこと。</u></p>
--	---

8. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 14日分以下の場合</u></p> <p>(1) <u>7日分以下の部分（1日につき）</u> <u>5点</u></p> <p>(2) <u>8日分以上の部分（1日につき）</u> <u>4点</u></p> <p><u>ロ 15日分以上21日分以下の場合</u> <u>67点</u></p> <p><u>ハ 22日分以上30日分以下の場合</u> <u>78点</u></p> <p><u>ニ 31日分以上の場合</u> <u>86点</u></p>	<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 7日分以下の場合</u> <u>28点</u></p> <p><u>ロ 8日分以上14日分以下の場合</u> <u>55点</u></p> <p><u>ハ 15日分以上21日分以下の場合</u> <u>64点</u></p> <p><u>ニ 22日分以上30日分以下の場合</u> <u>77点</u></p> <p><u>ホ 31日分以上の場合</u> <u>86点</u></p>

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー③】

③ 調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

特定の医療機関からの処方箋の受付割合が著しく高く、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査結果における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2及び調剤基本料3の要件を見直す。

特別調剤基本料についても同様の観点から要件及び評価を見直す。また、地域でかかりつけ機能を発揮する薬局を普及・推進する観点から、いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特定の医療機関からの処方箋受付割合が95%を超える薬局について、処方箋の1月あたりの受付回数が1,800回を超える場合を調剤基本料2とし、また、同一グループ内全体で3万5千回を超える場合を調剤基本料3イとする。
2. 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
3. 特別調剤基本料について、特定の診療所との不動産取引等その他の特別な関係がある診療所の敷地内薬局（同一建物内に診療所がある場合を除く。）を対象に追加する。さらに、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げ、点数も引き下げる。
4. いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

現 行		改定案	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
調剤基本料1	42点	調剤基本料1	42点
調剤基本料2	26点	調剤基本料2	26点

調剤基本料 3

- イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数 4万回 を超え40万回以下の場合 21点
- ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 16点

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき11点を算定する。

(新設)

[施設基準]

(調剤基本料の注3に規定する保険薬局)

- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

[施設基準]

調剤基本料 3

- イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数 3万5千回 を超え40万回以下の場合 21点
- ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 16点

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき9点を算定する。

注3 2以上の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、当該処方箋のうち、受付が2回目以降の調剤基本料は、注1及び注2の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(調剤基本料の注4に規定する保険薬局)

- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回（特別調剤基本料を算定する薬局においては合計100回）算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

[施設基準]

<p>(2) <u>調剤基本料 2 の施設基準</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>ハ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあつては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。 （イ又はロに該当する場合を除く。）</p> <p>(3) <u>調剤基本料 3 のイの施設基準</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>イ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超えること。</p>	<p>(2) <u>調剤基本料 2 の施設基準</u> <u>ハ</u> <u>処方箋の受付回数が1月に1,800回を超えること。（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超える場合に限る。）</u></p> <p><u>ニ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあつては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。 （イ、ロ又はハに該当する場合を除く。）</p> <p><u>※</u> <u>ホも同様。</u></p> <p>(3) <u>調剤基本料 3 のイの施設基準</u> <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>イ</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に3万5千回を超え、4万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超えること</u></p> <p><u>ロ</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による</u></p>
---	--

<p><u>ロ</u> 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超えること。</u></p>	<p>調剤の割合が8割5分を超えること。</p> <p><u>ハ</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に3万5千回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の（1）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</u></p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超えること。</u></p>
---	---

⑤ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価

第1 基本的な考え方

医薬品医療機器等法が改正され、情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）が対面による服薬指導の例外として認められることなどを踏まえ、診療報酬上の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合
43点（月1回まで）

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号A003オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
- (2) 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定した患者

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。
- (2) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (3) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (4) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (5) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (6) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保

険薬剤師に限る。以下同じ。)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

- (7) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容を手帳に記載すること。
- (8) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (9) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。
- (10) 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則（平成26年厚生労働省令第33号）第31条第1号に該当する場合（以下「特区における離島・へき地の場合」という。）は、次のとおりとする。
 - ア (3)については、厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
 - イ (5)については、服薬指導計画を作成することを要しない。
 - ウ (6)については、他の保険薬剤師が対応しようとする場合には、服薬指導計画以外の文書に当該他の保険薬剤師の氏名を記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ること。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該保険薬局において、1月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める薬剤服用歴管理指導料の4及び在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下であること。
 - ① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料
 - ② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を含む。）

2. 在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料
57点（月1回まで）

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号0002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
- (2) 保険薬局において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定している患者

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として57点を算定する。この場合において、保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者オンライン服薬指導料を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- (3) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (6) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (7) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。）の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。
- (8) 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。
- (9) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容が手帳に記載されるようにすること。
- (10) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医

薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

(11) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

[施設基準]

(1) 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

⑬ 患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

第1 基本的な考え方

質の高い在宅医療の確保の観点から、在宅薬学管理業務について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 緊急時の訪問薬剤管理指導について、医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合について新たな評価を行う。

現 行	改定案				
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点 (新設)</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">500点</td> </tr> <tr> <td>2 1以外の場合</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">200点</td> </tr> </table> <p>注1 1及び2については、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p>	1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合	500点	2 1以外の場合	200点
1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合	500点				
2 1以外の場合	200点				

2. 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援等を行った場合について新たな評価を行う。

「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

① 薬局における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、2020年9月までに後発医薬品使用割合80%を達成するという政府目標を踏まえつつ、更なる後発医薬品の使用を促進するため、薬局での後発医薬品の備蓄に一定のコストが必要であることや薬局全体の調剤数量割合を向上させる必要があることなども踏まえ、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。
2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局（現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下）に対する調剤基本料の減算規定について、当該割合の基準を拡大する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) 18点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) 26点</p> <p>[施設基準] (調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局) 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) 28点</p> <p>[施設基準] (調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局) 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位</p>

数量の割合が <u>2割</u> 以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。	数量の割合が <u>4割</u> 以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。
---	---

[経過措置]

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間はなお従前の例による。

② 医療機関における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、後発医薬品使用体制加算に係る基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>45点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>40点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>35点</u></p> <p>4 後発医薬品使用体制加算 4 (60%以上) <u>22点</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算4にあっては60%以上70%未満であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>47点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>42点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>37点</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満であること。</p>

2. 一般名処方加算の見直し

「Ⅳ－6－③」を参照のこと。

③ バイオ後続品に係る情報提供の評価

第1 基本的な考え方

バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件] <u>注4 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。</u></p>

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

第1 基本的な考え方

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び調整の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現 行	改定案
<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点</p> <p>注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 100点</p> <p>注₁ 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の</p>

<p><u>薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>処方</u>を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>2 <u>薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 1のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u></p> <p><u>ロ 1のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p>
---	---

2. 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を記載した文書を薬局に対して情報提供を行った場合について、退院時薬剤情報管理指導料の加算を新設する。

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点

[算定要件]

保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

③ 調剤料等の見直し

第1 基本的な考え方

医療機関での外来時における調剤料等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算及び調剤技術基本料を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 一般名処方加算1 6点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 一般名処方加算2 4点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 8点</p>	<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 一般名処方加算1 7点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 一般名処方加算2 5点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p>

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

第1 基本的な考え方

エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やHIF-PHD阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、人工腎臓に係る評価について、HIF-PHD阻害薬の使用を含め評価を見直す。

第2 具体的な内容

現行、HIF-PHD阻害薬はエリスロポエチン製剤と同様とみなし、人工腎臓に包括され、院内処方で算定することとされているが、院外処方にも対応するため、HIF-PHD阻害薬を用いる場合に対応した評価体系を新たに設ける。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 1</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,980点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,140点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,275点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>2 慢性維持透析を行った場合 2</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,940点</u></p>	<p>【人工腎臓】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 1</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>1,924点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>2,084点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>2,219点</u></p> <p>ニ 4時間未満の場合 <u>(イを除く。)</u> <u>1,798点</u></p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合 <u>(ロを除く。)</u> <u>1,958点</u></p> <p>ヘ 5時間以上の場合 <u>(ハを除く。)</u> <u>2,093点</u></p> <p>2 慢性維持透析を行った場合 2</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>1,884点</u></p>

<p>□ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,230点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>□ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,044点</p> <p>ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,174点</p> <p>ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,758点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合(口を除く。) 1,918点</p> <p>ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,048点</p>
<p>3 慢性維持透析を行った場合3</p> <p>イ 4時間未満の場合 1,900点</p> <p>□ 4時間以上5時間未満の場合 2,055点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,185点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>3 慢性維持透析を行った場合3</p> <p>イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 1,844点</p> <p>□ 4時間以上5時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 1,999点</p> <p>ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) 2,129点</p> <p>ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,718点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合(口を除く。) 1,873点</p> <p>ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,003点</p>
<p>[算定要件]</p> <p>注6 1から3までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>[算定要件]</p> <p>注6 1から3までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注14 1から3までの場合であつて、<u>イからハまでを算定した週においては、ニからヘまでを別に算定できない。</u></p>
<p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるも</p>	<p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるも</p>

のの取扱いについては、次の通りとする。

ア 「1」から「3」までの場合
（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

イ 「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までの場合
（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、ロキサデュスタット錠は、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤と同様のものとみなし、その費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

「1」から「3」までの場合
（「注13」の加算を算定する場合を含む。）であって、ロキサデュスタット錠を処方する場合には、院内処方を行うこと。

[施設基準]

のの取扱いについては、次の通りとする。

ア 「1」から「3」までの場合
（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤（院内処方されたものに限る。）の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

イ 「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までのうち、「ニ」から「ヘ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PHD阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

[施設基準]

<p>第十一 処置</p> <p> 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等</p> <p> (2) 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u></p> <p>別表第十の三に掲げる<u>注射薬</u></p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u></p> <p> エリスロポエチン</p> <p> ダルベポエチン</p>	<p>第十一 処置</p> <p> 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等</p> <p> (2) 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u></p> <p>別表第十の三に掲げる<u>薬剤</u></p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u></p> <p> エリスロポエチン</p> <p> ダルベポエチン</p> <p> <u>H I F - P H D 阻害剤（院内処方されたものに限る。）</u></p>
---	---

令和2年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申を受けて

本日、中央社会保険医療協議会において、令和2年度診療報酬改定について加藤厚生労働大臣に答申がなされました。

逼迫する保険医療財政の下、診療報酬全体では医師の働き方改革充当分を含めて0.55%のプラス改定であり、調剤報酬については+0.16%（医科+0.53%）という財源規模の中での見直しとなりました。答申に至るまでの中医協等では薬局・薬剤師に向けられた厳しい論調や指摘もありましたが、精力的な議論を経て薬剤師による業務の必要性が理解され、それが評価された配分になったと受け止めています。とはいえ、調剤医療費の7~8割を占める薬剤費について、薬価が実勢価改定等により0.44%引き下げられることで、薬局の受ける経済的な影響が甚大であるのみならず、薬価の毎年改定への道筋を付けるのではとの危惧を禁じえません。

「患者のための薬局ビジョン」や、超高齢社会に向けた地域包括ケアシステム、さらには「人生100年時代」への対応など、様々な要素が組み込まれた今改定は、これまでに以上に「対物中心の業務から、対人中心の業務」への転換を求めたもので、本会が積極的に取り組んできた「かかりつけ薬剤師・薬局の活用およびこれら機能の発揮」を強く推し進める改定と理解しています。

具体的には、服薬状況の一元的・継続的な把握や重複投薬解消の一層の推進、患者・国民への安全な薬物療法の提供に更に資する業務、医療機関の薬剤師との連携を通じて、入院を経て退院後も安定した療養環境を確保する業務等の評価に加え、吸入薬、簡易懸濁法、糖尿病治療薬の服薬指導やがん患者に関する情報提供等が新設されました。また、医療機関勤務の薬剤師については、入院患者に対するより効果的な薬物治療を確保する業務等が評価されています。

一方、これまで指摘されてきた調剤基本料や調剤料の日数倍数制の仕組みについては見直しを余儀なくされました。薬剤師固有の評価項目である調剤料の見直しによる影響は少なくなく、受け入れ難いものではありませんが、製剤技術の発展や調剤機器の普及等を考えると、分かり易い調剤報酬と対人業務への評価の転換という視点からは甘受せざるを得ないものと考えます。

また、ジェネリック医薬品の政府目標の達成に向けて、使用割合に応じたメリハリのある点数の見直しは、更なる使用促進およびその維持に努める薬局の努力を評価するものです。

今改定は、改正薬機法の趣旨である「住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができる環境を整備する」という考え方を踏まえ、薬剤師・薬局がこれまで以上に地域包括ケアシステムの中で活躍するよう期待が込められた内容であると認識しております。こうした期待に的確に応えられるよう、多職種と連携しながら今後も地域住民・患者への安全・安心な医薬品の提供のため、より積極的に取り組むとともに、薬剤師業務や薬局機能をより見える化し、多くの国民が医薬分業のメリットを実感できるよう、引き続き努力して参る所存です。

令和2年2月7日
日本薬剤師会会長
山本 信夫